

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми
Сумський державний університет
2015

ВИКОРИСТАННЯ КОРАКСАНА В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) В ПОЄДНАННІ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)

Винниченко Л.Б., Винниченко К.А.

Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Лікування тахікардії, що досить часто має місце у хворих на ХОЗЛ в поєднанні із ІХС, викликає певні труднощі у клініцистів. Призначення бета-адреноблокаторів, що традиційно використовується у разі ізольованої ІХС, має певні обмеження у хворих на ХОЗЛ. Згідно з даними літератури протиішемічний препарат Кораксан покращує роботу серця за рахунок зменшення частоти серцевих скорочень та, відповідно, зменшення потреби міокарду в кисню.

Тому **метою** нашої роботи було вивчити дію протиішемічного препарату Кораксану ФМ Серв'є у хворих з поєднаною патологією – ХОЗЛ + ІХС на показники функції зовнішнього дихання й оцінити потребу в нітратах на тлі лікування.

Матеріали і методи: обстежено 40 хворих з поєднаною патологією: ХОЗЛ II ст. в поєднанні із ІХС: стабільною стенокардією напруги II – III ФК, що супроводжувалась тахікардією. Вік хворих - від 51 до 72 років, серед яких 13 жінок та 27 чоловіків. Усі хворі були розділені на 2 групи: 1-а група – 19 хворих, які отримували стандартну терапію: нітрати, інгібітори АПФ, статини, селективний β -2 агоніст симбікорт турбухалер 160/4,5 мкг двічі на добу. В 2-й групі 21 особа, крім вище зазначеної терапії приймала Кораксан по 5 мг 2 р/д близько 1 місяця.

Результати: в 2-й групі з використанням Кораксану результати лікування були дещо кращими, знизилась частота ангінозних нападів з $5,4 \pm 0,3$ до $1,2 \pm 0,2$ вже протягом 1-го тижня в порівнянні з результатами 1-ї групи (з $5,8 \pm 0,3$ до $2,8 \pm 0,2$); число серцевих скорочень (через місяць лікування) зменшилось з 92 до 70 в 2-й та з 90 до 78 в 1-й групі. Приріст ОФВ₁ (через місяць лікування) в обох групах був невеликий: в 1-й – 3,8%, в 2-й – 4,3%, проте, суб'єктивне відчуття задишки, що визначалось в балах по 5-та бальній шкалі, значно зменшилось у пацієнтів 2-ї групи в порівнянні з першою (з 3,8 до 1,8 та з 3,7 до 2,5 відповідно).

Висновки: у хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ, що мають тахікардію, Кораксан сутт'єво зменшив ЧСС, кількість нападів стенокардії та суб'єктивне відчуття задишки.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АСТМА – ХОЗЛ OVERLAP СИНДРОМУ

Винниченко Л.Б., Головата Т.Ю.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Останніми роками науковці звернули увагу на те, що деякі пацієнти з бронхіальною астмою (БА) або хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), не можуть бути однозначно кваліфіковані, як ті, які мають один з перерахованих синдромів на основі визначень закладених в найбільш загальноприйнятих міжнародних керівних документах, тобто GINA і GOLD. Аналіз таких випадків показав, що вони являють собою змішаний фенотип з комбінацією симптомів астми та ХОЗЛ.

В літературі є дані про те, що БА при тривалому перебігу може призводити до ремоделювання дихальних шляхів і частково необоротному обмеженню швидкості повітряного потоку. Як правило, такі пацієнти мають тяжкі порушення функції зовнішнього дихання але зі збереженою нападоподібністю задухи. Загострення при синдромі перекриття Астма-ХОЗЛ (СПАХ) спостерігаються частіше та тривають довше ніж при ізольованій БА.

Мета дослідження. Проаналізувати частоту виникнення та особливості перебігу Астма-ХОЗЛ overlap синдрому (СПАХ).

Матеріали і методи. Проаналізовано історії хвороби 92 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні КУСМКЛ № 1 з грудня 2013р. по листопад 2014р. з приводу загострення Бронхіальної астми.

Результати. Ретроспективно були проаналізовані історії хвороб 92 пацієнтів віком від 18 до 74 років, середній вік - $44,48 \pm 2,37$ років. В ході дослідження було встановлено, що 15,2% (14) хворих мають синдром перекриття Астма-ХОЗЛ (критерієм відбору були наступні показники: постбронходилатаційний ОФВ1 < 80% від належного, ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% та позитивний бронходилатаційний тест - збільшення ОФВ1 $\geq 12\%$ після прийому 4 доз по 100 мкг сальбутамолу – всього 400 мкг). Проведений аналіз загального запального синдрому у хворих на ізолювану БА та у хворих зі СПАХ шляхом оцінки показників периферичної крові. Встановлено, що підвищена кількість лейкоцитів частіше спостерігалась при поєднанні БА та ХОЗЛ на відміну від ізолюваної БА (у 64,3% - 9 пацієнтів та у 26,9% - 21 пацієнта відповідно). Лейкоцитарний індекс інтоксикації Рейса перевищував норму у 71,4% (10) пацієнтів зі СПАХ, та у 53,8% (42) пацієнтів з БА. Прискорення ШОЕ спостерігалось при СПАХ у 21,4% (3) хворих, при ізолюваній БА у 17,9% (14). Переважну більшість пацієнтів із Астма-ХОЗЛ overlap синдромом становили чоловіки 64,3% (9). Щодо вікового розподілу, то 57,1% (8) пацієнтів - це особи старші від 55 років, 28,5% (4) – особи від 35 до 55 років та 14,3% (2) – хворі, молодші від 35 років.

Висновки. Таким чином встановлено, що близько 15% хворих на БА мають перехресний синдром з ХОЗЛ. У таких хворих спостерігається більш виражений загальний запальний синдром: частіше спостерігається лейкоцитоз, прискорення ШОЕ та підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації Рейса порівняно з пацієнтами, що страждають на ізолювану БА. Більшість хворих зі СПАХ становлять чоловіки віком старше від 55 років.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ПРИ НАЯВНОСТІ АТОПІЧНОГО ФАКТОРУ

Винниченко Л.Б., Небоян Є.Б.

Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Патогенез ХОЗЛ багатогранний та недостатньо вивчений. Відомо, що atopічний фактор досить часто спостерігається при бронхіальній астмі і має значний вплив на її перебіг, проте невідомо щодо його частоти та впливу на перебіг ХОЗЛ – питання, вивчення якого було метою даної роботи. В пульмонологічному відділенні КУСМКЛ №1 протягом 2011-2012 рр. обстежено 214 хворих на ХОЗЛ середнього і тяжкого ступеня віком від 37 до 78 років. Майже 19% (40 пацієнтів) обстежених мали atopічний фактор і склали першу групу. Пацієнтами другої групи були хворі на ХОЗЛ без atopічного фактору. Пацієнтам проводили базисне обстеження, що включало загальноклінічні дослідження, у тому числі дослідження ФЗД, вираженість задишки та респіраторних симптомів (кашлю, виділення мокротиння) по шкалам. Оцінювали також частоту загострень протягом 2-х років та вплив інгаляційних кортикостероїдів (ІКС) на перебіг загострень.

За результатами нашого дослідження незалежними факторами, що асоціюють з atopією були: чоловіча стать (OR: 2,21; 95% CI: 1,46–3,32), надмірна вага/ожиріння (OR: 1,41; 95% CI: 1,03–1,94) та молодий вік (OR: 0,98; 95% CI: 0,95–0,98). Atopічний фактор асоціював з більшою інтенсивністю кашлю (OR: 1,71; 95% CI: 1,26–2,34) та більш інтенсивним виділенням мокротиння (OR: 1,48; 95% CI: 1,11–2,05), але не з показниками функції зовнішнього дихання (об'єму форсованого видиху за 1-у секунду). Хворі на ХОЗЛ з наявним atopічним фактором, мали більшу частоту загострень протягом 2-х років (OR: 1,80, 95% CI: 1,05–3,09, $p = 0,038$), в порівнянні з тими, що не мали atopічного фактору. Проте тривалість загострення у таких пацієнтів внаслідок використання ІКС була значно коротшою (OR: 1,87, 95% CI: 1,11–3,36, $p = 0,02$) в порівнянні з пацієнтами, що не мали фактору atopії.

Висновки. Отже за даними нашого дослідження хворі на ХОЗЛ з atopічним фактором в більшій мірі були чоловіками, з надмірною вагою і молодшого віку в порівнянні з тими, що не мали фактору atopії в анамнезі. Atopічний фактор у хворих на ХОЗЛ асоціював із підвищенням частоти загострень ХОЗЛ. Тривалість загострення у пацієнтів на ХОЗЛ в поєднанні з atopічним фактором, що лікуються ІКС було значно коротше.